


اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی

فرزانه شقاقی^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}

۱. واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

Farfarzan@Gmail.com

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم ، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

Hadiakbarinejhad@yahoo.com

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۵/۲۹]

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۸/۷]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کرد؛ اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش، پس و ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۱۹ سؤالی کیفیت خواب پیتزبورگ و ۲۹ سؤالی پرخاشگری باس و پری پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی را در پس‌آزمون به ترتیب افزایش و کاهش داد. در مرحله پیگیری، اثر این درمان بر کیفیت خواب و پرخاشگری ماندگار بود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می‌تواند سبب افزایش کیفیت خواب و کاهش پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت خواب، پرخاشگری، نشانگان ملال پیش از قاعدگی.

۱ - مقدمه

با آغاز دوران بلوغ، تغییرات روانی و جسمانی در دختران روی می‌دهد که یکی از چالش‌برانگیزترین آن‌ها شروع قاعدگی یا عادت ماهانه است. یکی از مشکلات مربوط به قاعدگی، نشانگان ملال پیش از قاعدگی^۱ است که شامل مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری، خلقی و جسمانی است که پیش از دوره قاعدگی یا در طول آن به صورت قابل پیش‌بینی و پیوسته رخ می‌دهد و به قدری شدید است که بعضی از جنبه‌های زندگی دختران را تحت تأثیر قرار داده و منجر به کاهش عملکرد سالم، مشکلاتی در روابط بین فردی و اختلافات خانوادگی می‌شود (Fernández, Montes-Martínez, Piñeiro-Lamas, Regueira-Méndez & Takkouche, 2019). این چرخه گاهی آن قدر آزاردهنده می‌شود که سبب بروز مشکلات جسمانی و روانی در دختران (Yen, Lin, Hsu, Lin, Chen & Ko, 2023) نظیر تنش، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری^۲ (Dózsa-Juhász, Makai, Prémusz, Ács & Hock, 2023) و کاهش کیفیت خواب^۳ می‌شود (Chun & Doo, 2023) که این مشکلات اثرات منفی بر ابعاد روانی، عاطفی و جسمی گذاشته و باعث کاهش کیفیت و رضایت زندگی می‌شود (Braneca-Woźniak, Cymbaluk-Płoska & Kurzawa, 2022).

کیفیت خواب یک سازه بالینی است و از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب از جمله رضایت از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود، تشکیل می‌شود (Faubion, Ghaith, Kling, Mara, Enders, Starling et al., 2023). خواب بی کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد دارای میگرن قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد به پزشکان و روان‌شناسان است (Akman, Yavuzsen, Sevgen, Ellidokuz & Yilmaz, 2015). نتیجه یک پژوهش نشان می‌دهد که بین اضطراب و پرخاشگری با کیفیت پایین خواب در دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی رابطه معنی‌داری وجود دارد (Chun & Doo, 2023).

پرخاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه است که منجر به آسیب‌رساندن به شخص، شیء و یا سیستم دیگری می‌شود (Shechtman & Tutian, 2016). پرخاشگری به دو صورت کلامی و غیرکلامی دیده می‌شود. افکار پرخاشگرانه نگرش پرخاشگرانه فراگیری است که فرد را به سوی رفتارهای خشونت‌آمیز سوق می‌دهد (Vacher, Romo, Dereure, Soler, Picot & Purper-Ouakil, 2022).

عدم توجه به مشکلات و معضلات برآمده از ملال پیش از قاعدگی، دختران را درگیر مشکلات زیادی همچون پرداخت هزینه‌های زیاد جهت حل مشکلات‌شان می‌کند که این امر تأثیرات مخربی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد (Payne, Rapkin, Lung, Seidman, Zeltzer & Tsao, 2016). با توجه به این که زنان و دختران نیمی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و با توجه به این که شیوع نشانگان ملال پیش از قاعدگی در دخترانی که تازه به دوران بلوغ می‌رسند زیاد است، باید در کنار مداخلات پزشکی به حل مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از طریق مداخلات روان‌شناختی پرداخت. نتیجه یک بررسی نشان می‌دهد که انواع مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم ملال پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی دختران اثربخش هستند (Puthusserry & Delariarte, 2023) که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ است. دلیل استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش این است که این درمان جزو درمان‌های موج سوم رفتاری است و علاوه بر این که از مؤلفه‌های تغییرات شناختی برخوردار است، به مؤلفه مهم پذیرش فعالانه نیز توجه ویژه‌ای دارد و این می‌تواند بر غنای درمان بیفزاید (Hayes & Lillis, 2016).

1 premenstrual dysphoric symptoms

2 Aggression

3 Sleep Quality

4 Acceptance and Commitment Therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار ادغام می‌کند. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (Hayes & Lillis, 2016). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (Liu, Liu, Chong, Yau & Badayai, 2023). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که این درمان بر علائم قبل از قاعدگی، نگرش درباره قاعدگی و استرس ادراک‌شده (Jung, La & Son, 2017)، درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت (عقیلی، حق‌پرست و بابایی، ۱۴۰۳)، سندرم پیش از قاعدگی (Shoae, Pouredalati, Dadshahi, Parvin, Bolourian, Kiani et al., 2020)، استرس ادراک‌شده و پرخاشگری (برزگر، زهره‌ای، بوستانی‌پور، فتوح‌آبادی، ابراهیمی و حسین‌نیا، ۱۳۹۷) و بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب (عظیمی، حسن‌پور و عظیمی، ۱۳۹۷) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و درعین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مؤثر است را موردبررسی قرار دهد. با توجه به این‌که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی کم‌تر بر متغیر پرخاشگری پرداخته‌اند و هیچ پژوهشی متغیر مربوط به کیفیت خواب را در این دختران موردتوجه قرار نداده است، ازاین‌رو پرداختن به این متغیرها از جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر است؛ بنابراین، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی اثربخش است؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

نشانگان ملال پیش از قاعدگی مجموعه‌ای از علائم جسمی، روانی و احساسات مرتبط با چرخه قاعدگی در زنان و دختران است؛ و این در حالی است که بیشتر زنان در سن «بچه‌زایی» (حداکثر تا ۸۵ درصد) نشانه‌های فیزیکی مرتبط با عملکرد طبیعی تخمک‌گذاری شامل نفخ‌کردن یا نرمی پستان (حساسیت به لمس پستان) را تجربه کرده‌اند. تعاریف پزشکی از نشانگان ملال پیش از قاعدگی به الگویی مداوم از نشانه‌های فیزیکی و عاطفی (روانی) محدود می‌شود که تنها در طول فاز لوتئال از چرخه قاعدگی اتفاق می‌افتد که از شدت کافی برای تداخل با برخی از جنبه‌های زندگی برخوردار هستند (Yen et al., 2023).

کیفیت خواب احساسی روانی است که در ظاهر فرد قابل مشاهده است و بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی فرد تأثیر می‌گذارد. اصطلاح کیفیت خواب به‌طور گسترده‌ای توسط محققان، روان‌شناسان، مشاوران و عموم مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی توافق عمومی درباره تعریف و نشانه‌های آن وجود ندارد. در حال این عنصر خوب، یک پیش‌بینی‌کننده برای داشتن حال خوب، روحیه پرانرژی و مرتبط با سلامت جسمی و روانی است. این عنصر، با تعریف ساده‌ای که در لغت‌نامه وبستر از آن وجود دارد، پی‌گرفته می‌شود. طبق این تعریف، یک نگرش کلی برای شاخص کیفیت خواب، وجود یک اشتیاق درونی و رضایت از خواب است (Faubion et al., 2023).

پرخاشگری به معنی رفتاری است که منجر به آزار و درد می‌شود. پرخاشگری رفتاری است که به قصد آسیب‌رساندن به فرد دیگری (جسمانی یا زبانی) یا نابود کردن دارایی دیگران صورت می‌گیرد (Shechtman & Tutian, 2016).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی روش نوین درمانی به‌شمار می‌رود که به عملی‌سازی اهداف توجه ویژه‌ای دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیقی از چهار رویکرد توجه، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار طراحی شده است. این رویکرد عامل شکل‌گیری چالش و مشکلات زندگی را اجتناب تجربه‌ای برمی‌شمارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی روان‌درمانی است که به افراد کمک می‌کند در لحظه حال زندگی کنند و افکار و احساسات خود را بدون هیچ قضاوتی بپذیرند. در این درمان به مراجعه‌کنندگان آموزش داده می‌شود که به جای تمرکز بر افکار منفی، انرژی خود را برای درمان بگذارند و آرامش بیش‌تری داشته باشند (Hayes & Lillis, 2016).

عقبلی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با موضوع «اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی» نشان دادند که این درمان بر درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی اثربخش است.

عظیمی و همکاران (۱۳۹۷) در بررسی خود با عنوان «اثر بخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی» به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی تأثیر دارد.

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان مدارس دولتی دخترانه دوره متوسطه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد که برحسب تشخیص پزشک مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد؛ به‌طوری‌که پس از کسب رضایت از مسئولین، پرسشنامه کیفیت خواب و پرخاشگری در بین دانش‌آموزان ۷ مدرسه که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع شد (۱۸۸ نفر) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۱۴۴ نفر) (توضیح این که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها و در حضور پژوهشگران پُر شدند؛ و این که در پرسشنامه کیفیت خواب، نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر از بین ۹۴ نفری که معیارهای ورود و خروج به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی (روش بلوک‌سازی تصادفی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر کدام ۱۵ نفر). چون اختصاص بیش از ۱۵ نفر برای گروه درمانی مانع شکل‌گیری مناسب پویایی گروه می‌شود، از این رو برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. توضیح این که برای مقابله با انتقال محتوای جلسات درمانی از طریق اعضای گروه آزمایش به اعضای گروه کنترل، ترتیبی اتخاذ شد که اعضای دو گروه از دانش‌آموزان یک مدرسه نباشند. شایان‌ذکر است که تمام اصول اخلاقی در این مقاله رعایت گردیده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن و مقطع تحصیلی بود.

۳-۱- معیارهای ورود و خروج به پژوهش

معیارهای ورود به پژوهش ابتدا به سندرم ملال پیش از قاعدگی بر اساس تشخیص پزشک، توانایی حضور در جلسات مداخلات، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی قبل از پژوهش و در حین پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید عصب‌شناختی-روانی مانند افسردگی شدید، صرع، مشکلات بینایی، شنوایی شدید، عدم ابتلا به بیماری اختلالات شخصیتی؛ (توضیح این که ارزیابی عدم ابتلا به

این موارد توسط یک روان‌پزشک انجام شده است، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط و عدم برخورداری از مشکلات هورمونی به تشخیص پزشک؛ و معیارهای خروج از مطالعه (غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان) بودند.

الف) پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: این پرسشنامه توسط بایسه و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. این شاخص شامل ۱۹ سؤال و ۷ مؤلفه (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه) است. محدوده نمره در هر مؤلفه از صفر تا ۲۱ است؛ لذا نمره کل این پرسشنامه از صفر تا ۲۱ خواهد بود. در این شاخص نمره صفر به معنای نداشتن مشکل در خواب و ۲۱ به معنای داشتن مشکل شدید در همه حوزه‌هاست. نمره کلی بالاتر از ۵ بیانگر کیفیت خواب ضعیف است. به عبارتی، نمرات بالاتر بیانگر ضعیف‌تر بودن کیفیت خواب هستند (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989). پایایی این مقیاس توسط بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ۰/۸۳ محاسبه شد و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل در سطح مناسب گزارش شده است. کارپنتر و آندریکواسکی^۲ (۱۹۹۸) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ ذکر کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است، حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش شده است (نجفی، تقریبی و شهریار کله مسیحی، ۱۳۹۳؛ عرب، شریعتی، بهرامی، آسایش و وکیلی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه پرخاشگری^۳: این پرسشنامه ۲۹ سؤالی توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است و چهار جنبه از پرخاشگری (خشم، پرخاشگری بدنی-کلامی، رنجش و بدگمانی) را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری، پالایش شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط باس تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ می‌باشد (Buss & Perry, 1992). باس و پری (۱۹۹۲) روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران، سامانی (۱۳۸۶) با بررسی مقطعی ۴۹۲ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) دانشگاه شیراز که به روش خوشه‌ای انتخاب شده بودند و به کمک پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی شدند، ضریب پایایی این پرسشنامه را به شیوه بازآزمایی ۰/۷۸ به دست آورد. همچنین همبستگی زیاد عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روان‌شناسان در ایران است. ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۹ در پژوهش فرهنگیان، میهن‌دوست و احمدی (۱۴۰۰) به دست آمده است. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شده است.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و ۱ روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. یک‌بار در مرحله پس‌آزمون، یک‌بار بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و یک‌بار پس از گذشت چهار ماه از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم

1 Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire
2 Carpenter & Andrykowski
3 Aggression Questionnaire

رصد می شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی هیز و لیلیس (۲۰۱۶) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف و محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

۴- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به طور کامل مداخله را دریافت کردند. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $16/60 \pm 0/67$ سال بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۵ نفر در مقطع دهم، ۱۲ نفر در مقطع یازدهم و ۳ نفر در مقطع دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و فراوانی مشاهده شده آزمودنی‌ها در متغیر مقطع تحصیلی مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	۱۶/۷۳ \pm ۰/۷۰	۱۶/۴۷ \pm ۰/۶۴	۰/۲۸۷ •
مقطع تحصیلی			
دهم (تعداد- درصد)	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	۰/۰۵۴ ••
یازدهم (تعداد- درصد)	۷ (۴۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	
دوازدهم (تعداد- درصد)	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	

آزمون: تی مستقل، •، خی دو •• * $p < 0/05$ اختلاف معنی دار

در پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($p > 0/05$) معنی دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای کیفیت خواب ($F=2/677$) و پرخاشگری ($F=2/123$) به ترتیب در سطح $0/299$ و $0/476$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی ($0/600$) متغیر کیفیت خواب در سطح خطای داده شده ($0/421$) و مقدار کرویت موخلی ($0/550$) متغیر پرخاشگری در سطح خطای داده شده ($0/366$) معنی دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای کیفیت خواب و پرخاشگری ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنادار کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین کیفیت خواب و پرخاشگری بین دو گروه

متغیر	زمان	آزمایش	کنترل	آزمون اثرات
کیفیت خواب	پیش آزمون	۱۷/۲۷ \pm ۲/۴۹	۱۷/۸۷ \pm ۲/۲۰۰	درون گروهی: $ES=0/30$, $p=0/001$, $F=12/50$
	پس آزمون	۱۳/۹۳ \pm ۲/۳۱	۱۶	بین گروهی: $ES=0/12$, $p=0/047$, $F=3/83$
	پیگیری	۱۴/۶۷ \pm ۳/۷۷	۱۷/۲۷ \pm ۲/۴۰	متقابل: $ES=0/31$, $p=0/001$, $F=12/668$
پرخاشگری	پیش آزمون	۸۷/۱۳ \pm ۴/۹۰	۸۶/۶۷ \pm ۳/۶۱	درون گروهی: $ES=0/69$, $p=0/001$, $F=108/22$
	پس آزمون	۸۱/۸۰ \pm ۴/۷۹	۸۶/۵۳ \pm ۳/۴۲	بین گروهی: $ES=0/06$, $p=0/170$, $F=1/98$
	پیگیری	۸۱/۷۳ \pm ۴/۷۹	۸۶/۴۷ \pm ۳/۵۲	متقابل: $ES=0/71$, $p=0/001$, $F=126/64$

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ در بعد اثر بین گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری در کیفیت

خواب و کاهش در پرخاشگری شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در کیفیت خواب و پرخاشگری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات کیفیت خواب و پرخاشگری بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$)؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر کیفیت خواب و پرخاشگری بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$)؛ اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی دختران مبتلا به نشانگان ملال پیش از قاعدگی صورت گرفته نمرات آن‌ها در کیفیت خواب و پرخاشگری به ترتیب بهبود و کاهش یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره کیفیت خواب در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات کیفیت خواب دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات کیفیت خواب افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتیجه پژوهش عظیمی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی اثر بخش است که نتیجه پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش مذکور همسو می‌باشد. لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم.

در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود (Hayes & Lillis, 2016) که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش این تأثیر دیده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به‌دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانۀ فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود (Jung et al., 2017) که در این پژوهش، کیفیت خواب را بهبود بخشیده است.

همچنین، تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره پرخاشگری در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات پرخاشگری افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتیجه پژوهش برزگر و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و پرخاشگری دختران مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی اثر بخش

است که نتیجه پژوهش حاضر به‌نوعی با نتایج پژوهش مذکور همسو است. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهم‌سویی را مورد بحث قرار دهیم.

تفسیر دختران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به آن تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری و ناتوانی عملکرد در آینده است (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی و به‌تبع آن، پرخاشگری را بهبود می‌بخشد (Peterson, & Eifert, 2011).

نمونه پژوهش حاضر را، تمامی دختران دوره متوسطه دوم ۱۶ تا ۱۸ ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم‌یافته‌ها به همه دختران جوان‌تر و مسن‌تر را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر کارکرد خانواده هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم اجتماعی دختران به‌عنوان مادران آینده و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه بهبود کیفیت خواب و کاهش پرخاشگری استفاده شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته است به دختران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی کمک کنند تا مشکلات برآمده از آن را بهتر بپذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند که متعاقباً کیفیت خواب و پرخاشگری آن‌ها کاهش پیدا کرده است.

۶- منابع

- ۱- برزگر، اسماعیل؛ زهره‌ای، اسماعیل؛ بوستانی‌پور، علیرضا؛ فتوح‌آبادی، خدیجه؛ ابراهیمی، شیمیا؛ و حسین‌نیا، معصومه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۳)، ۱۶۳-۱۷۸. doi:10.22051/PSY.2018.18095.1529
- ۲- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.
- ۳- عرب، زهرا؛ شریعتی، علیرضا؛ بهرامی، حمیدرضا؛ آسایش، حمید؛ و وکیلی، محمدعلی (۱۳۹۱). تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله پرستاری و مامایی، ۱۰(۲)، ۲۳۷-۲۴۵.
- ۴- عظیمی، عظیم؛ حسن‌پور، مهدیه؛ و عظیمی، رضوان (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی. دومین کنگره بین‌المللی و سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات تربیتی، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه، تهران، ۱۱۹-۱۲۳.
- ۵- عقیلی، سید مجتبی؛ حق‌پرست، یلدا و بابایی، انسیه (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درآمیختگی افکار، تنظیم هیجان و اضطراب سلامت دختران دارای سندرم درد قاعدگی. آموزش پرستاری، ۱۳(۱)، ۱۱-۲۱.

- ۶- فرهنگیان، سیمین؛ میهن دوست، زینب؛ و احمدی، وحید (۱۴۰۰). تأثیر مقایسه‌ای درمان شناختی - رفتاری و مبتنی بر تنظیم هیجان بر سلامت عمومی، کاهش پر خاشاگری و استرس شغلی پرستاران. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۳۰(۱)، ۵۲-۶۲. doi:10.32592/ajnm.30.1.52
- ۷- نجفی، زهرا؛ تقریبی، زهرا؛ و شهر یاری کله مسیحی، محمد (۱۳۹۳). تأثیر رایحه‌درمانی با اسطوخودوس بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۱۸(۲)، ۱۴۵-۱۵۰.
- 8- Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A. U. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh Sleep Quality Index. *European journal of cancer care*, 24(4), 553-559. doi:10.1111/ecc.12296
- 9- Branecka-Woźniak, D., Cymbaluk-Płoska, A., & Kurzawa, R. (2022). The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life—a myth or a fact?. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 26(2), 598-609. doi:10.26355/eurrev_202201_27887
- 10- Buss, AH., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *JPSP*, 63(3), 452-459.
- 11- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- 12- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1998). Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of psychosomatic research*, 45(1), 5-13. doi:10.1016/S0022-3999(97)00298-5
- 13- Chun, H., & Doo, M. (2023, May). Sleep Quality in Women with Premenstrual Syndrome Is Associated with Metabolic Syndrome-Related Variables. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 10, p. 1492). MDPI. doi:10.3390/healthcare11101492
- 14- Dózsa-Juhász, O., Makai, A., Prémusz, V., Ács, P., & Hock, M. (2023). Investigation of premenstrual syndrome in connection with physical activity, perceived stress level, and mental status—a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1223787. doi:10.3389/fpubh.2023.1223787
- 15- Faubion, S. S., Ghaith, S., Kling, J. M., Mara, K., Enders, F., Starling, A. J., & Kapoor, E. (2023). Migraine and sleep quality: does the association change in midlife women?. *Menopause*, 30(4), 376-382. doi:10.1097/GME.0000000000002149
- 16- Fernández, M. D. M., Montes-Martínez, A., Piñeiro-Lamas, M., Regueira-Méndez, C., & Takkouche, B. (2019). Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. *PloS one*, 14(6), e0218794. doi:10.1371/journal.pone.0218794
- 17- Hayes, SC., & Lillis, J. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- 18- Jung, M. J., La, M. O., & Son, C. (2017). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on premenstrual symptoms, attitudes about menstruation, and perceived stress of women with premenstrual syndrome. *Journal of Digital Convergence*, 15(1), 485-495.
- 19- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), E14057. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14057
- 20- Payne, L. A., Rapkin, A. J., Lung, K. C., Seidman, L. C., Zeltzer, L. K., & Tsao, J. C. (2016). Pain catastrophizing predicts menstrual pain ratings in adolescent girls with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(1), 16-24. doi:10.1111/pme.12869
- 21- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587. doi:10.1016/j.cbpra.2010.03.004
- 22- Puthusserry, S. T., & Delariarte, C. F. (2023). Development and implementation of mindfulness-based psychological intervention program on premenstrual dysphoric symptoms and quality of life among late adolescents: A pilot study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 11, 100461. doi:10.1016/j.jadr.2022.100461
- 23- Shechtman, Z., & Tutian, R. (2016). Teachers treat aggressive children: An outcome study. *Teaching and Teacher Education*, 58, 28-34. doi:10.1016/j.tate.2016.04.005
- 24- Shoae, F., Pouredalati, M., Dadshahi, S., Parvin, P., Bolourian, M., Kiani, A., ... & Vafisani, F. (2020). Evaluation of non-pharmacological strategies, therapeutic and cognitive-behavioral interventions in the treatment of premenstrual syndrome: a review study. *International Journal of Pediatrics*, 8(2), 10929-10939.
- 25- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524.
- 26- Vacher, C., Romo, L., Dereure, M., Soler, M., Picot, M. C., & Purper-Ouakil, D. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 124. doi:10.1186/s13063-022-05996-5
- 27- Yen, J. Y., Lin, P. C., Hsu, C. J., Lin, C., Chen, I. J., & Ko, C. H. (2023). Attention, response inhibition,

impulsivity, and decision-making within luteal phase in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 26(3), 321-330. doi:10.1007/s00737-023-01311-6

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sleep Quality and Aggression in Girls with Premenstrual Dysphoric Syndrome

Farzaneh Shaghghi¹, Hadi Smkhani Akbarinejad^{2*}

1. Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Farfarzan@Gmail.com

2. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

Hadiakbarinejad@yahoo.com

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sleep quality & aggression in girls with premenstrual dysphoric syndrome. This study was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group design. The statistical population consisted of female high school students suffering from premenstrual dysphoric symptoms in Tabriz in 2023. A total of 30 participants were selected through the purposive sampling method and randomly divided into two groups (15 people each). Members of the experimental group received their treatment in eight 1.5-hour sessions, while the control group did not receive any treatment. Both groups completed the 19-item Pittsburgh sleep quality and 29-item Bass-Perry Aggression Questionnaire before, after, and four months following the intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results showed that ACT significantly increased sleep quality and decreased aggression in girls with premenstrual dysphoric syndrome in the post-test. In the follow-up phase, the effect of this treatment on sleep quality and aggression was lasting. According to the results of the present study, it can be concluded that ACT can potentially enhance sleep quality and reduce aggression in girls with premenstrual dysphoric syndrome.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Sleep Quality, Aggression, Premenstrual Dysphoric Syndrome.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)